

家庭与儿童之 医疗福利保险续保 Family and Children's Medical Benefits Renewal

此表格仅用于医疗福利保险续期。 若需申请经济补助或食品补助，请与社会福利服务部(DSHS)社区服务处(CSO)联系。

若想继续获得医疗保险，您必须完成年度续保手续。请按以下方法之一办理：

- 按照随附函件中的电话号码，打电话办理续保手续；或者
- 填妥此表格，并邮寄给本处。请随附您目前的收入证明文件。

请工整填写。

个案当事人身份识别号码

| | | | |
|---|-----------------------|---|--------|
| 名字 | 姓氏 | 中间名缩写 | 出生日期 |
| 地址 | 城市 | 州 | 邮政编码 |
| 邮寄地址(若与住址不同, 则须填写) | 城市 | 州 | 邮政编码 |
| 住宅电话号码 请包括区域号码 | 手机号码, 请包括区域号码 | 电子邮件地址 | |
| 家庭情况 | | | |
| 在最近12个月内, 您家是否有人迁入? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | | | |
| 姓名 | 出生日期 | 性别 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> | 社会安全号码 |
| 是否为美国公民 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 与您的关系 | | | |
| 在最近12个月内, 您家是否有人迁出? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| 姓名 | 迁出日期 | | |
| 在最近12个月内, 您家是否有人获得私人健康保险? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| 若是如此, 请写明是谁 _____ | | | |
| 私人健康保险公司名称 _____ | | | |
| 您家每月的全部挣得收入或非挣得收入。 | | | |
| 收入者的姓名 | 雇主(姓名/电话号码) 或者收入来源 | 每月收入额 (扣税及扣除开支前的收入额) | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| <p>注: 需提交您目前收入的证明文件。 挣得收入的证明文件可为工资单存根副本, 或者雇主出具的声明。 如果您属于自雇业者, 可提交您上一年度所得税申报单的副本。 切勿因为您没有收入证明文件而耽误您给本处打电话或提交此续保表格。</p> | | | |
| 您家所支付的开支 | | | |
| 您每月为因工作原因而支付的托儿费总金额。 | \$ | | |
| 您每月支付的法庭裁定儿童赡养费总金额 | \$ | | |

